Deutsche Medizinische Wochenschrift

Anschrift für Schriftleitung und Georg Thieme Verlag: 7000 Stuttgart 1, Postfach 732, Herdweg 63

Schriftleitung: Prof. Dr. F. Grosse-Brockhoff Düsseldorf
Prof. Dr. F. Kümmerle Mainz
Dr. R. H. Rosie Stuttgart

Inhaltsverzeichnis für den 102. Jahrgang
1. Halbjahr 1977 Hefte 1–26



Georg Thieme Verlag · Stuttgart

Sachverzeichnis[1]

A

B

[1] Die fettgedruckten Zahlen bedeuten Originalarbeiten, die Kursivzahlen Mediquiz.

C

D

E

I

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

U

V

Buchbesprechungen

Verhandlungsberichte

Mediquiz

Fall 425 1

Prätibiales Myxödem. – Es handelt sich um das kutane Gegenstück zu den retroorbitalen Mucinablagerungen, die den Exophthalmus hervorrufen. Beide Erscheinungen gehen einher mit abnorm hohen Konzentrationen von LATS (»long-acting thyroid stimulator«), einem Serumprotein, das, im Überschuß vorhanden, zur Hyperthyreose führt. Prätibiales Myxödem und Exophthalmus können erstmals nach Thyreoidektomie durch Wegfall einer LATS-Synthesehemmung auftreten.

Fall 426 2

Colitis ulcerosa. – Der Befall des gesamten Kolons und die diskreten Veränderungen im terminalen Ileum im Sinne einer Refluxileitis sprechen für ein nicht mehr frühes Stadium ebenso wie das Fehlen der Haustrierung und die Verkürzung des Kolonrahmens. Sehr ausgeprägt sind die feinen ulzerösen Unterminierungen und winzigen pseudopolypösen Schleimhautverdickungen, welche das samtartige Bild der Kolonwand verursachen. Bei sehr grober Ausprägung der Pseudopolypen ist eine Verwechslung mit der familiären Dickdarmpolypose möglich; hierbei fehlen jedoch die Lumenverengung und die Schleimhautverdickung. Gegen den M. Crohn sprechen der gleichmäßige Befall des gesamten Kolons ohne die segmentalen Stenosen.

Fall 427 33

Akute Magen-Darm-Blutung. – Die starke Anhäufung von Blutplättchen weist auf die Diagnose einer hämorrhagischen Thrombozythämie hin. Rezidivierende Gastrointestinalblutungen sind ein geläufiges klinisches Bild dieser Störung.

Fall 428 34

Aberrierende Leitung. – Es handelt sich bei dem 72jährigen Mann um eine koronare Herzerkrankung mit ischämischer Schädigung des linken Tawara-Schenkels. Elektrokardiographisch sieht man einen Alternans, der durch Wechsel zwischen einem kompletten Linksschenkelblock und einem links-anterioren Hemiblock zustande kommt. Nach jeweils kompletter Blockierung des linken Schenkels erholen sich die Fasern des links-posterioren Faszikels so weit, daß eine Überleitung wieder möglich wird. – Ein intermittierendes WPW-Syndrom scheidet aus, da Zeichen der Präexzitation (PQ[R]-Streckenverkürzung, Delta-Welle) fehlen. Eine (ventrikuläre) Parasystolie scheidet wegen der festen Beziehung von P zum QRS-Komplex aus.

Fall 429 75

Zoster. – Das Auftreten eines Zosters, möglicherweise sogar rezidivierend, sollte immer an einen Defekt des Immunsystems denken lassen. Bei diesem Patienten wurde anhand einer Lymphknotenbiopsie die Diagnose M. Hodgkin gestellt. Bei Kranken mit lymphoproliferativen Systemerkrankungen kann der Zoster disseminiert auftreten und dabei das Bild der Varizellen annehmen. Es zeigt sich auch darin, daß das ursächliche Agens bei beiden Prozessen gleich ist. Eine Varizellen-Pneumonie ist bei solchen Patienten eine prognostisch sehr ernste Komplikation.

Fall 430 76

Non-Hodgkin-Lymphom. – Die generalisierte blasig-retikuläre Auftreibung der Lymphknoten beweist eine maligne lymphatische Systemerkrankung. Eine Lymphogranulomatose verursacht fast nie diese extreme Vergrößerung der Lymphknoten, ebensowenig wie der fibro-lipomatöse Umbau durch eine chronische Lymphadenitis. Metastasen setzen rundliche Stanzdefekte oder destruieren einzelne Lymphknoten. Die histologische Diagnose lautete: Immunozytom vom lymphoplasmozytoiden Typ. Gleiche Bilder werden beim M. Brill-Symmers gefunden.

Fall 431 107

Goodpasture-Syndrom. – Man findet ausgedehnte, frische intraalveoläre Blutungen, siderinbeladene Makrophagen und kleine Herde mit nekrotisierender Vaskulitis der Alveolarkapillaren. Die Krankheit wird als Autoimmunreaktion angesehen, die die kapilläre Basalmembran der Alveolen und Glomerula betrifft.

Fall 432 108

Carotissinus-Syndrom. – Hierbei kommt es selten spontan, weit häufiger durch Druck auf die oder Zerrung an der Carotisgabel zu Synkopen oder starkem Schwindel. Hier trat nach Carotissinus-Massage eine Asystolie von 6,4 s auf. Die erste spontane Vorhoferregung zeigte sich erst nach 8 s. Von einem hypersensitiven Carotissinus spricht man, wenn auf Carotissinus-Massage die Frequenz um 40% abfällt oder eine Asystolie von mindestens 3 s auftritt. Jedoch braucht ein hypersensitiver Carotissinus keineswegs mit einer entsprechenden klinischen Symptomatik einherzugehen. Eine orthostatische Kreislaufregulationsstörung war nicht nachweisbar. Durch Vorhofstimulation im Rahmen einer His-Bündel-Elektrographie konnte bei dem Patienten ein Sinusknotensyndrom nicht gesichert werden: Die Sinusknotenerholungszeit war völlig normal, AV-Überleitungsstörungen fehlten. – Ein hypersensitiver Carotissinus kommt nicht selten bei Patienten mit einem Sinusknoten-Syndrom vor; er ist jedoch nicht Bestandteil dieses Syndroms.

Fall 433 145

Psoriasis guttata. – Es handelt sich um eine verbreitete Form der Psoriasis bei Kindern und Jugendlichen. Häufig geht dem Schub ein Infekt, vorzugsweise durch hämolysierende Streptokokken, voraus.

Fall 434 146

Sarkoidose Boeck Stadium II. – Das Stadium II des M. Boeck ist durch schmetterlingsförmige »Streuung« in die Lungen charakterisiert, welche durch hämatogene, lymphogene Aussaat oder durch direkten Kontakt erfolgt. Dabei kommt es meist, aber nicht immer, zur spontanen Rückbildung der Hiluslymphknoten. Das Bild des Lungenbefalls variiert von fein-grobkörnig miliaren, fein-grobretikulären bis zu streifig-fleckigen Verdichtungen.

Fall 435 181

Infektiöse Mononukleose. – Die klinischen Befunde sind typisch. Das Blutbild ist gekennzeichnet durch eine große Zahl einkerniger Zellen, die sich im Aussehen stark voneinander unterscheiden können.

Fall 436 182

Totaler AV-Block. – Die Vorhöfe schlagen mit einer Frequenz von 85/min (V_1), die Herzkammern in einem Eigenrhythmus von 31/min. Bei der schlanken QRS-Gruppe kann angenommen werden, daß das sekundäre Schrittmacherzentrum im Bereich des Hisschen Bündels oder – was noch wahrscheinlich ist – in einem oberen Anteil des AV-Knotens liegt.

Ausgedehnte Hirnischämie. – Nach Burch und Mitarbeitern (1) können bei ausgedehnten zerebrovaskulären Erkrankungen »typische« EKG-Veränderungen auftreten: 1. eine verlängerte QT-Strecke, 2. breite und typischerweise terminal negative T-Wellen, 3. breite U-Wellen. Effert und Mitarbeiter (2) sowie Lichtlen und Schaub (3) konnten breite negative TU-Verschmelzungswellen bei Patienten mit Subarachnoidalblutungen beobachten.

Eine Hypokaliämie, die ähnliche Kammerendteilveränderungen hätte bewirken können, bestand nicht. Das Serumkalium war sogar

erhöht (K^+ = 6,2 mmol/l). – Ein Herzinfarkt konnte enzymatisch nicht gesichert werden.

Literatur

(1) Burch, C. E., R. Meyers, J. A. Abildskow: Circulation 9 (1954), 719.
(2) Effert, S., F. Grosse-Brockhoff, R. Rippert: Dtsch. med. Wschr. 86 (1961), 1508.
(3) Lichtlen, P., F. Schaub: Cardiologia (Basel) 40 (1962), 159.

Fall 437 217

Lichen ruber der Mundschleimhaut. – Es besteht eine charakteristische, leicht erhabene, netzartige Zeichnung der Wangenschleimhaut. Gewöhnlich ist gleichzeitig ein Lichen ruber planus der Haut vorhanden, die Mundschleimhautveränderung kann aber auch allein vorkommen. Die weißlichen Schleimhautveränderungen sind nicht abstreifbar wie bei der Candidiasis, und im zytologischen Präparat finden sich keine Zellatypien.

Fall 438 218

Neurofibrom. – Anhand der Röntgensymptome eines rundlichen, glatten Füllungsdefektes mit Kuppenulkus kann mit einiger Wahrscheinlichkeit die Diagnose eines benignen Magentumors gestellt werden. Prinzipiell ist eine Differenzierung zwischen einem Neurinom und einem Leiomyom des Magens nicht möglich, doch lassen Alter und Geschlecht des Patienten eher an ein Neurinom denken. Die Resektion des Tumors mit histologischer Sicherung ist jedoch stets erforderlich. In diesem Falle erbrachte sie die Bestätigung der Röntgendiagnose.

Fall 439 259

Infarkt der Prostata. – Die Plattenepithelinseln im Prostatastroma sind metaplastisch in einem alten, organisierten Infarkt entstanden. Gleichzeitig liegt eine glanduläre und Stromahyperplasie der Prostata vor. Bei dem Patienten war zuvor eine transurethrale Resektion als übliche Ursache einer Metaplasie nicht vorgenommen worden.

Fall 440 260

Austritts-(»Exit«-)Block. – Hier ist es, wie nicht selten, nach acht Tagen zu einer so starken Reizschwellenerhöhung gekommen, daß die abgegebenen Schrittmacherimpulse nicht mehr beantwortet werden. Der Demand-Mechanismus arbeitet korrekt. Die Eigenaktionen 3 und 5 werden von dem Schrittmacheraggregat nicht wahrgenommen (»getriggert«), da sie in die Refraktärphase des Systems einfallen. – Eine Sondendislokation und ein Sondenbruch gehen mit einem »Exit«- und einem »Entrance«-Block einher.

Fall 441 301

Pemphigus foliaceus. – Das klinische Erscheinungsbild des Pemphigus hängt von der Epidermisschicht ab, in welcher die Akantholyse stattfindet. Beim Pemphigus vulgaris, der schwersten Form, bildet sich eine Blase oberhalb der Basalzellschicht. Beim Pemphigus foliaceus liegt die Kontinuitätstrennung viel höher, etwa im Bereich der Granular- und Subkornealzellen. Klinisch findet man dann keine Blasen, sondern feuchte Schuppen. Zwischenformen, bei denen die Akantholyse zwischen den beiden Extremen stattfindet, machen das Bild variabel.

Fall 442 302

Arterielle Gefäßverkalkungen und Verkalkung der Samenbläschen. – Die recht seltene Verkalkung der Samenbläschen wird gelegentlich nach tuberkulöser Infektion des Urogenitaltraktes beobachtet. In diesem Fall war der Diabetes mellitus die Ursache für die ungewöhnliche Verkalkungsneigung. Der Ureter zeigte im Urogramm im Gegensatz zum geschlängelten Verlauf der Samenbläschen einen harmonischen, großbogigen Verlauf.

Fall 443 333

Perniziöse Anämie. – Der Blutausstrich zeigt eine Megalo-Ovalozytose und eine starke Kernsegmentierung (Übersegmentierung) der Granulozyten. Die klinisch-chemische Untersuchung ergab einen verminderten Vitamin-B_{12}-Spiegel im Serum, eine erhöhte Ausscheidung von Methylmalonsäure im Harn und einen abnormen Schilling-Test. Bei der neurologischen Untersuchung fand sich eine Störung der Tiefensensibilität an den unteren Extremitäten.

Fall 444 334

Chronisches Cor pulmonale. – Bei dem 67jährigen Patienten besteht eine langjährige obstruktive Ventilationsstörung bei Bronchitis, ausgeprägtem bullösem Emphysem und Kyphoskoliose der Brustwirbelsäule. In den Extremitätenableitungen sind die Kriterien eines P dextroatriale voll erfüllt ($P_{II, III} > 0{,}25$ mV; P_{II} = 0,5 mV). Der komplette Rechtsschenkelblock (QRS > 0,12 s) mit hoher, breiter R-Zacke in V_1 (V_2) (Beginn der endgültigen Negativitätsbewegung in V_1 > 0,03 s) und diskordant negativen T-Wellen in V_1 und V_2 dürfte hier eher Ausdruck einer langzeitigen, erheblichen Druckbelastung des rechten Ventrikels als einer isolierten Schädigung des rechten Tawara-Schenkels sein. Die Extremitätenableitungen, insbesondere die Goldberger-Abteilungen, zeigen einen überdrehten Linkstyp, so daß ein links-anteriorer Hemiblock anzunehmen ist. Als Ursache hierfür können eine koronare Herzerkrankung, eine hypoxische Schädigung des linksanterioren Faszikels im Rahmen der Grunderkrankung oder beides diskutiert werden. Es besteht somit ein bifaszikulärer Block (Rechtsschenkelblock mit links-anteriorem Hemiblock). Ein Ableitungsfehler liegt nicht vor (siehe P-Wellen-Verhalten in den Extremitätenableitungen). Ein angeborener »Herzfehler« konnte durch die nicht-invasive kardiologische Diagnostik ausgeschlossen werden.

Fall 445 379

Erysipel. – Diese akute Streptokokkeninfektion der Lymphspalten im Corium tritt bevorzugt im Gesicht und an den Unterschenkeln auf. Sie äußert sich in flächenhafter Rötung mit Schwellung, meist scharfrandig begrenzt. Oft bestehen Fieber und akutes Krankheitsgefühl.

Fall 446 380

Pleuramesotheliom. – Histologisch handelte es sich um ein polymorphzelliges Mesotheliom. Eine Asbestexposition begünstigt die Entstehung eines Mesothelioms, war aber anamnestisch hier nicht zu eruieren. Bei Fehlen von Rippendestruktionen ist ein Pancoast-Tumor unwahrscheinlich. Die Schwielenbildungen bei der Silikose liegen intrapulmonal und erreichen nicht die Thoraxwand.

Fall 447 413

Akute alkoholische Hepatitis. – Die Leberepithelien sind geschwollen, ungeordnet und enthalten Lipidtropfen. Viele sind balloniert und besitzen ein glasiges Zytoplasma mit unregelmäßigen, hell-eosinophilen hyalinen Verdichtungen (alkoholisches Hyalin). Entzündliches Exsudat ist mäßig ausgeprägt und besteht aus Neutrophilen sowie einigen Lymphozyten.

Fall 448 414

Langzeithypertonie. – Laut Fremdanamnese sind seit der Schulzeit ein »Nierenleiden« und ein »hoher Blutdruck« bekannt. Wegen »Nieren- und Kopfschmerzen« bestand Analgetika-Abusus. Im Rahmen »maligner« Blutdruckwerte (> 250/150 mm Hg) war es zu einer zerebralen Massenblutung gekommen. Das Elektrokardiogramm zeigt einen »pathologischen Linkstyp« mit linksventrikulärer Hypertrophie (Sokolow-Lyon-Index 5,0 mV) und erheblichen linksventrikulären Erregungsrückbildungsstörungen (Hypertrophietyp). Das hier wiedergegebene EKG-Bild kann zum Beispiel auch bei einer höhergradigen Aortenstenose und einer hypertrophischen obstruktiven Kardiomyopathie auftreten. Hinweise auf eine Septumhypertrophie fehlen. EKG-Veränderungen, wie sie gelegentlich bei Subarachnoidalblutung gesehen werden (QT-Streckenverlängerung, negative TU-Verschmelzungswellen), bestehen nicht.

Fall 449 463

Candidiasis. – In der Kultur wuchs Candida albicans. Eine bakterielle Infektion wäre gewöhnlich entzündlicher, bei der Onychomykose und auch bei der Psoriasis wäre die Nagelplatte verdickt oder zerstört. Ungewöhnlich an diesem Fall ist das Fehlen einer Paronychie.

Fall 450 464

Kollagenose. – Bei den Kollagenerkrankungen, besonders der Sklerodermie und der Dermatomyositis, lassen sich in der überwiegen-

den Zahl der Fälle Veränderungen am Ösophagus nachweisen. Typisch sind Weitstellung und Bewegungsarmut mit Verstreichen der Längsfalten. In späteren Stadien kommt es am distalen Ende zur Einengung und Schrumpfung, häufig mit Bildung einer kleinen Hiatushernie. Bei der Patientin wurde histologisch eine Sklerodermie nachgewiesen. Das große Ösophagusdivertikel in Höhe der Trachealbifurkation ist seit vielen Jahren unverändert nachzuweisen.

Fall 451 503

Generalisierte Toxoplasmose. – Außer Lungen und Herz enthielten Knochenmark, Nierentransplantat, Leber, Gehirn, Milz, Lymphknoten und Hoden ebenfalls Zysten von Toxoplasma gondi. Man nimmt an, daß eine derartige Infektion durch das Transplantat von einem Patienten auf den anderen übertragen werden kann. Die Toxoplasmose sollte als mögliche Komplikation bei immunsuppressiver Therapie in Betracht gezogen werden.

Fall 452 504

Einfache AV-Dissoziation. – Wettstreit zwischen der Sinusknotenautomatie und einem tertiären Erregungsbildungszentrum. Beim Abfall der Sinusknotenfrequenz unter 75/min (PP-Intervall = 800 ms) übernimmt ein tertiäres Zentrum, wahrscheinlich aus dem rechten Schenkel, die Schrittmacherfunktion für die Kammern. So entsteht ein idioventrikulärer Rhythmus mit dem Bild eines Linksschenkelblocks und überdrehtem Linkstyp. Die P-Wellen bleiben positiv (I, II, III, aVF), wobei die atriale Erregungsfront im AV-Knoten-Bereich auf ein bereits depolarisiertes, refraktäres Erregungsleitungssystem stößt. Nach spontaner Anhebung der Sinusknotenfrequenz erfolgt wieder eine normale AV-Überleitung.

Bei der Interferenzdissoziation übertrifft das zweite Zentrum deutlich die Eigenfrequenz des Sinusknotens. Es wird zum Schrittmacher der Kammern, während die Vorhöfe durch eine retrograde Schutzblockierung ausschließlich dem Sinusknoten folgen. Liegen AV-Knoten und His-Purkinje-System außerhalb der Refraktärphase, so können atriale Erregungen gelegentlich normal auf die Kammern übergeleitet werden. Eine aberrierende Leitung, das heißt ein intermittierender Schenkelblock, tritt auf bei ungestörter atrioventrikulärer Überleitung, wobei zumeist die Grundfrequenz phasenweise zunimmt und ein Schenkel oder Faszikel des intraventrikulären Erregungsleitungssystems »ermüdet« und die Erregungsleitung blockiert.

Fall 453 541

Fixes Arzneiexanthem. – Auftreten und Vorgeschichte sind typisch für ein fixes Arzneiexanthem. Das Erythema exsudativum multiforme heilt selten so schnell ab oder hinterläßt derart starke Pigmentierungen. Bei der Urticaria pigmentosa bleibt zwischen zwei Reizzuständen eine tumoröse Komponente bestehen. Die cholinergische Urticaria bietet ein völlig anderes Bild und hinterläßt keine Pigmentierung. Warum ein systemisch verabreichtes Arzneimittel solche umschriebenen Hautveränderungen hervorruft, ist nicht bekannt. Die auslösende Ursache in diesem Fall war nicht das Antibiotikum, sondern die gleichzeitig zur Fiebersenkung gegebene Acetylsalicylsäure.

Fall 454 542

Schwere deformierende Koxarthrose und Schilddrüsenkarzinom-Metastase. – Neben der schweren Koxarthrose beiderseits erkennt man eine flache Knochendestruktion der sakrumnahen Iliumanteile von etwa 8 cm Durchmesser, welche lediglich den dorsalen Anteil der Iliosakralfuge ausgelöscht hat. Deshalb ist auch noch intakte Spongiosastruktur zu erkennen und nur eine diskrete Aufhellung sichtbar. Entzündliche Veränderungen der Iliosakralgelenke lassen sich nicht nachweisen.

Fall 455 593

Perniziöse Anämie. – Im Knochenmarkausstrich fanden sich Megaloblasten in verschiedenen Reifungsstadien. Der Schilling-Test zeigte eine Störung der Vitamin-B_{12}-Resorption an, die durch Intrinsic-Faktor behoben werden konnte. Intramuskuläre Vitamin-B_{12}-Injektion führte zu raschem Rückgang der akuten psychischen Störung. Im Laufe einiger Monate besserte sich das Gehvermögen. Die Symptome des Folsäuremangels sind ähnlich, bis auf die Neuropathie, die dabei kaum vorkommt.

Fall 456 594

Rhythmusstreifen 1 (B): *intermittierendes WPW-Phänomen.* – Beachtenswert sind das kurze PR-Intervall und die verbreiterten QRS-Komplexe mit negativer Delta-Welle in Ableitung aVR. Der dritte und siebte Komplex im Rhythmusstreifen zeigt einen geringeren Grad der Präexzitation als der zweite und sechste Komplex.

Rhythmusstreifen 2 (A): *frequenzabhängiger Schenkelblock.* – Es besteht Vorhofflimmern mit erheblicher Schwankungsbreite der AV-Überleitung. Die meisten Kammerkomplexe zeigen ein Linksschenkelblockbild. Zwei Erregungen besitzen jedoch eine normale intraventrikuläre Erregungsleitung, und beide treten nach relativ langer Diastolendauer auf, zu einem Zeitpunkt also, zu dem der linke Schenkel offenbar wieder vollständig repolarisiert ist. Die kritische Herzfrequenz, bei der bei diesem Patienten ein Linksschenkelblock auftrat, wurde unter Hinzuziehung noch weiterer Rhythmusstreifen mit 68/min bestimmt.

Rhythmusstreifen 3 (C): *intermittierende AV-Dissoziation* infolge idioventrikulärer Tachykardie. – Bei der siebten Erregung werden die Kammern durch einen Sinusschlag »eingefangen«, danach folgen drei Fusionsschläge. Hierbei werden die Kammern sowohl von oben über den normalen Erregungsausbreitungsweg als auch vom ventrikulären Ektopiezentrum her erregt.

Fall 457 637

Basaliom. – Obwohl die klinische Erscheinung nicht dafür sprach, ergab die histologische Untersuchung diese Diagnose. Routine-Biopsien von Hautkrankheiten liefern eben die genauesten Resultate; der klinische Blick ist zwar gut, aber nicht so gut wie eine Biopsie. (Bei begründetem Verdacht auf ein malignes Melanom sollte an die Stelle der Biopsie eine Schnellschnittuntersuchung treten.)

Fall 458 638

Gekreuzte Dystropie der linken Niere, wahrscheinlich Verschmelzung. – Die Kreuzung des Ureters der unteren Niere zur linken Seite beweist, daß es sich bei dem unteren der beiden Hohlsysteme um das der linken Niere handelt. Der Parenchymschatten dieses Organs ist gut abzugrenzen, nicht jedoch der untere Pol der rechten malrotierten Niere, so daß eine Verschmelzung mit der linken Niere angenommen werden darf. Damit handelt es sich um eine unilateral asymmetrische Verschmelzungsniere mit gekreuzter Dystopie. Differentialdiagnostisch scheidet die Doppelniere wegen der beiden beiderseits in die Blase einmündenden Ureteren aus. Eine Wanderniere kreuzt nie die Seite. Die Hufeisenniere ist eine bilateral symmetrische Verschmelzungsniere. Bemerkenswert ist die Abdrängung des rechten Ureters durch die tiefer gelegene dystope linke Niere.

Fall 459 673

Ektopische Schwangerschaft. – Man sieht zahlreiche junge Plazentazotten und in unmittelbarer Nachbarschaft ein Fibringerinnsel, das der Coecumwand anhaftet und Erythrozyten und Entzündungszellen enthält.

Fall 460 674

Aortenklappenstenose. – Zwischen dem linken Ventrikel und der A. brachialis besteht ein erheblicher systolischer Druckgradient.

Fall 461 711

Rheumaknötchen. – Tastbare subkutane Knötchen entwickeln sich bei nahezu 20% der Patienten mit rheumatoider Arthritis, besonders bei den schweren Formen der Erkrankung. Sie können sogar der Krankheit um Jahre vorausgehen. In seltenen Fällen können sich Rheumaknötchen auch in den Skleren entwickeln (Skleromalazie).

Fall 462 712

Juvenile Knochenzyste. – Nach dem Röntgenbild allein läßt sich die Diagnose nicht mit letzter Sicherheit stellen. Typisch sind die Lage in der Metaphyse der langen Röhrenknochen, die längliche Ausbreitung, die geringe Auftreibung der verdünnten Corticalis und die nur spärliche Kammerung. Die histologische Untersuchung bestätigte die auch auf der linken Seite gestellte Diagnose einer juvenilen Knochenzyste.

Fall 463 743

Gicht. – Die doppelbrechenden nadelförmigen Kristalle sind charakteristisch für die Gicht-Arthritis.

Fall 464 744

Vorderwandinfarkt. – Später wurde bei dem Patienten ein großes Ventrikelaneurysma reseziert, wonach eine deutliche Besserung eintrat.

Fall 465 779

Myelom mit zahlreichen Myelomzellen im Knochenmark. – Serum- und Immunelektrophorese ergaben IgG-Protein, und im Urin konnte Bence-Jones-Eiweißkörper nachgewiesen werden. Die Röntgenuntersuchung deckte eine Osteoporose sowie Kompressionsfrakturen mehrerer Brustwirbel auf.

Fall 466 780

Arcus-Aneurysma der Aorta. – Das Aneurysma des Arcus aortae ist seltener zu finden als das der Aorta ascendens. Es entsteht am häufigsten auf arteriosklerotischer Basis, in jüngerem Alter sind meist spezifische und nichtspezifische Infektionen die Ursache. Im Röntgenschichtbild und bei rotierender Durchleuchtung bleibt das Aneurysma stets mit der Aorta in Verbindung. Eine retrosternale Struma läßt sich durch Schluck- und Schnupfversuch ausschließen. Die Kalkschale, welche mit der Kalksichel im Aortenknopf in Verbindung steht, schließt Lymphome aus. Das Aneurysma wurde angiographisch bestätigt.

Fall 467 817

Erythema exsudativum multiforme. – Die kokardenartigen Effloreszenzen sind charakteristisch für die bullöse Form des Erythema exsudativum multiforme. Die Maul- und Klauenseuche ist bei Erwachsenen ungewöhnlich, sie tritt nicht generalisiert auf, und die Anordnung der Blasen folgt den Hautspaltlinien. Der negative Tzanck-Test spricht gegen einen generalisierten Herpes simplex.

Fall 468 818

Perikarderguß und Tamponade. – Zwischen rechter Vorhofwand (dargestellt durch die Kontrastmittelfüllung des rechten Vorhofs) und rechter Begrenzung der Herzsilhouette besteht ein abnorm weiter Zwischenraum. Die Streckung der Vorhofbegrenzung (rechter Pfeil) wird bei einer Herztamponade häufiger beobachtet.

Fall 469 851

Melanosis coli. – Die dargestellte Veränderung kommt in 10% aller Autopsien vor. Sie äußert sich in einer Braun- oder Schwarzfärbung der Appendix oder der gesamten Kolonschleimhaut und entspricht histologisch Ablagerungen eines melaninähnlichen Pigmentes in Makrophagen. Ihr Ende ist an der Ileocoecalklappe scharf begrenzt. Als Ursache nimmt man eine chronische Obstruktion oder Obstipation an, die zur Absorption von Proteinbruchstücken führt, welche durch ein tyrosinaseähnliches Enzym in Pigment umgewandelt werden.

Fall 470 852

Aseptische Humeruskopfnekrose. – Typisch und beweisend für die frische Kopfnekrose ist der Nachweis des Impressionsfragments aus der Kopfkalotte, der Bruchkanten und der unregelmäßigen Verdichtungsherde im Humeruskopf. Die häufigste Ursache der Gelenkskopfnekrose bei jüngeren Patienten ist eine langdauernde Corticosteroidmedikation. Dieser Patient erhält die Steroide wegen einer Panmyelopathie. Am häufigsten und am frühesten werden die Hüftgelenksköpfe befallen.

Fall 471 883

»Burr-Zellen«. – Diese Zellen machen einen kleinen Teil der roten Blutzellen in Fällen von Azotämie, Magenkarzinom, blutendem Ulcus pepticum und aplastischer Anämie aus.

Literatur

Wintrobe »Clinical Hematology«, 6th ed. (Lea & Febiger), 615

Fall 472 884

Hinterwandinfarkt mit Übergreifen auf den posterolateralen Bereich. – Hierfür sprechen die abnorm stark nach vorn entwickelte initiale QRS-Vektor-Schleife (R-Zacken in den rechts-präkordialen Brustwandableitungen) sowie die pathologische Q-Zacke in den Ableitungen II, III, aVF sowie I und V_6.

Fall 473 915

Pityriasis rosea. – Die größere Läsion ist das sogenannte Primärmedaillon; sein Auftreten ist von großer diagnostischer Bedeutung. Die zugespitzten Enden der Effloreszenzen sind charakteristisch für die Pityriasis rosea, sie kommen bei anderen Hautveränderungen selten vor.

Fall 474 916

Markschwammniere. – Das schwammartige Bild des Nierenmarkes entsteht durch zystische oder divertikelartige Hohlräume in den Nierenpyramiden. Es handelt sich dabei um eine Mißbildung in der Entwicklung der Sammelröhrchen. Die Veränderungen werden in der Ausscheidungsurographie besser sichtbar als im retrograden Pyelogramm. Typisch sind trauben- bis fächerförmige Kontrastansammlungen in den Pyramiden und Papillen. Ebenso gehören auch die spritzerartigen Verkalkungen über beiden Nieren zum Bild der Markschwammniere. – Ein ähnliches Bild kann nur die Nierentuberkulose verursachen, die jedoch durch Tierversuch ausgeschlossen wurde.

Fall 475 949

Hypertrophische pulmonale Osteoarthropathie. – Der Schnitt stammt aus der Corticalis des unteren Tibiaendes. Das Periost ist vorgewölbt, vaskularisiert und Sitz einer chronischen Entzündung. Darunter erkennt man eine dicke Schicht ziemlich dichten Osteoids, das mit dem darunterliegenden ursprünglichen Corticalisgewebe durch neugebildete Bälkchen verbunden ist. Die originäre Corticalis ist ebenfalls vaskularisiert und zeigt vergrößerte Lakunen sowie reduzierte Dichte.

Fall 476 950

Vorhoftachykardie mit latentem AV-Block. – Die Registrierung vor der Carotissinusmassage zeigt eine supraventrikuläre Tachykardie mit einer Frequenz von 186/min. Eindeutige P-Wellen sind nicht erkennbar, wenngleich sie auch in den QRST-Komplexen verborgen sein können. Nach der Carotissinusmassage werden Vorhofkomplexe mit einer Frequenz von 186/min erkennbar. Außerdem liegt ein AV-Block zweiten Grades mit variabler Wenckebach-Periodik (2 : 1, 3 : 2 und 4 : 3) vor. Besonders interessant ist, daß manchmal – wenn eine 3 : 2-Wenckebach-Überleitung stattfindet – das PR-Intervall länger ist als das RR-Intervall (bekannt als »P skipping R«-Phänomen). Dies wird am deutlichsten in der ersten 3 : 2-Periode im zweiten EKG-Streifen. Vorhoftachykardien mit latentem Block unterscheiden sich von der klassischen paroxysmalen Vorhoftachykardie dadurch, daß bei der ersteren während einer Carotissinusmassage die Vorhoffrequenz unbeeinflußt bleibt, während die Überleitung auf die Kammern vorübergehend abnimmt. Eine Vorhoftachykardie mit Block kommt am häufigsten im Rahmen einer Digitalisintoxikation vor.

Namenverzeichnis[1]

[1] Die fettgedruckten Zahlen bedeuten Originalarbeiten, die mit * versehenen Buchbesprechungen.

Personalnachrichten

Ernennungen, Berufungen, Lehraufträge

Adler, C.-P. 636
Arnold, G. 778
Asang, E. 502
Bauer, R. 592
Beck, K.-J. 258
Beguin, F. 540
Behrenbeck, D. 502
Berney, J. 540
Blumberg, A. 332
Bock, K.-W. 216
Böhm, N. 636
Bollinger, A. 980
Booz, K. H. 948
Braun, H. J. 412
Braun-Falco, O. 742
Breuer, J. 742
Brinkmann, B. 462
Brunner, H. 778
Buck-Gramcko, D. 74
Chantraine, A. 216
Classen, H.-G. 636
Claussen, C.-F. 180
Cohnen, G. 502
Dietz, K. 32
Dorndorf, W. 672, 742
Dragon, V. 180
Dreifuss, J.-J. 300
Drescher, J. 710
Düngemann, H. 300
Durst, J. 412
Dustmann, H.-O. 592
Eckert, P. 462
Edler von Figura, Kurt 778
Engelhardt, F. 300
Estler, C.-J. 258
Eysel, U. 462
Farthmann, E. 462
Fehrenbach, F. 592
Fischedick, O. 778
Franke, H. 462
Franke, M. 258
Freundt, K.-J. 672
Fromm, H. 914
Frommhold, H. 742
Fünfgeld, E. W. 816
Fuhrmann, G. F. 850
Gattiker, Ruth 180
Gehring, F. 412
Geiger, W. 502
Geisbe, H. 216
Gekle, D. 412
Gelinsky, P. 216
Georgi, P. 672
Gerken, H. 710
Giere, W. 216
Girard, J. 106
Gleichmann, E. 502
Gramberg-Danielsen, G. 32
Gülzow, H.-J. 672
Gugler, E. 332
Haas, R. 672
Habedank, M. 300
Hallauer, W. 636
Hammacher, K. 816
Hartel, W. 914
Hartung, Ch. 778
Haubrich, J. 502
zur Hausen, H. 592
Haynal, A. 850
Heintel, H. 672
Hellbrügge, Th. 412
Hellige, G. 258
Hempelmann, G. 778
Hennersdorf, G. 778
Henseler, H. 672
Herzka, H. St. 540
Heyden, S. 106
Hierholzer, G. 462
Hofmann, N. 914
Hofstetter, J.-L. 74
Hoppe, W. 378, 742
Horst, J. 816
Hort, W. 914
Hupfauer, W. 462
Jacobi, H. 636
Jahnke, V. 412
Jessen, C. 32
Jünemann, A. 914
Kächele, H. 980
Kern, H. F. 180
Klein, U. 672
Klein, W. 540
Kölsch, E. 74
König, G. 710
König, W. 672
Koppenhöfer, E. 710
Kostner, G. 948
Krämer, J. 742
Kraft, E. 914
Krauer, F. 540
Kretzschmar, R. 636
Kreutzberg, B. 980
Kreutzberg, G. W. 914
Kühnel, W. 948
Kuner, E. 636
Kyrieleis, Ch. 502
Lange, E. 778
Lausberg, G. 180, 948
Lechner, K. 106
Lennartz, H. 144, 850
Lerche, W. 778
Lezius, A. 778
Linden, W. 32
Liehr, H. 180
Lindner, H. 32
Lob, M. 980
Lötscher, V. 106
Lorenzoni, E. 332
Lücking, Th. 592
Martenet, Anne-Catherine 180
Mattern, H. 216
Melchior, H. 672
Merguet, P. 462
Meyer zum Büschenfelde, K. H. 258
Meyner, M. 980
Mietens, K. 672
Mildenberger, H. 412
Möhring, J. 592
Müke, R. 462
Müller, J. 180
Müller, R. 742
Nager, F. 74
Netter, K. J. 144
Novak, D. 462, 850
Oehlschlaegel, G. 816
Paletta, B. 948
Parwaresch, M. R. 710
Paul, H. A. 258
Pilz, H. 258
Pöldinger, W. 948
Pöppel, E. 412
Poschmann, A. 778
Prechtel, K. 412
Quint, H. 742
Rathert, P. 592
Rau, G. 74
Redenbacher, M. 980
Reichenmiller, H.-E. 412, 980
Reineke, H. 300
Richter, E. 180
Rollin, H. 462
Rothlin, M. 180
Rüdiger, J. 948
Sailer, F.-X. 948
Schärli, A. 332
Schander, K. 258
Schauer, R. 216
Scheer, J. 778
Schenk, P. 672
Schiffner, K. 216
Schlegel, D. 592
Schmerling, D. H. 180
Schramm, W. 462
Schröder, F. 412
Schröder, H. 778
Seelig, H. P. 592
Seidel, H. J. 980
Sindermann, H. 672
Sitzmann, F. C. 914
Spier, W. 980
Stelzner, F. 332
Stephan, U. 462
Stirm, St. 636
Struck, E. 412
Studt, H.-H. 778
Tenner, A. 592
Thämer, V. 980
Thiel, G. Th. 948
Thießen, G. 332
Tillmann, B. 462
Turina, M. 980
Uchtenhagen, A. 300
Ulrich, J. 636
Valentin, H. 258
Vasey, H. 540
Voegeli, E. 300
Vorburger, Ch. 332
Vosteen, K.-H. 778
Wagner, J. 462
Waibel, P. 948
Walcher, K. 412
Walter, C.-D. 742
Wassermann, O. 850
Wehling, H. 32
Weidemann, H. E. 816
Weller, S. 980
Wellhöner, H.-H. 592
Wessing, A. 980
Westermann, K.-W. 540
Widmaier, W. 914
Wiebecke, D. 180
Wilmanns, W. 636
Winckler, J. 216
von Windheim, K. 32
Winkler, G. 672
Winterhalder, K. H. 980
Woenckhaus, J.-W. 636
Wolf, H. 980
Wrobel, K.-H. 850
Wüst, G. 778
Zeitler, E. 948
Zweymüller, E. 710

Ehrungen und Auszeichnungen

Ackerknecht, E. 300
Allgöwer, M. 742
Altmann, H.-W. 180
Auersperg, Marija 850
Barolin, G. S. 462
Bastert, G. 850
Bauer, Ch. 300
Bauer, G. 106
Bauer, H. 636
Bender, F. 592
Betke, K. 412
Biemer, E. 816
Biener, K. 710
Bleuler, M. 180
Bockhorn, A. 462
Böni, A. 540
Brock, N. 106, 850
Brussatis, F. K. 332
Bucher, O. 850
Buff, H.-U. 540
Cesarini, J. P. 850
Chapadeiro, E. 502
Chaussi, F. 106
Conti, G. 850
Cotta, H. 332
Dardenne, M. U. 74
Decker, K. 672
Delaloye, B. 850
Demling, L. 412
Derra, E. 144
Deucher, F. 216
Diller, W. F. 106
Döhler, K.-D. 502
Duspiva, W. 816
Ehrhardt, H. 778
Eickenberg, H. U. 106
Eigler, F. W. 74
Eisenberger, F. 106
Epplen, J. Th. 300
Fanconi, G. 180
Fanta, H. 332
Fink, H. F. 710
Finkelstein, R. A. 258
Flach, A. 216
Flameng, W. 106
Fleischer, K. 378
Friedrich, M. 106

Habilitationen, Umhabilitationen, Dozenturen

Entpflichtungen, Rücktritte

Geburtstage

Todesfälle



I
N
D
E
X

MI

D
An

Bei

Deutsche Medizinische Wochenschrift

Anschrift für Schriftleitung und Georg Thieme Verlag: 7000 Stuttgart 1, Postfach 732, Herdweg 63

Schriftleitung: Prof. Dr. F. Grosse-Brockhoff Düsseldorf
Prof. Dr. F. Kümmerle Mainz
Dr. R. H. Rosie Stuttgart

Inhaltsverzeichnis für den 102. Jahrgang
2. Halbjahr 1977 Hefte 27–52



Georg Thieme Verlag · Stuttgart

Sachverzeichnis[1]

[1] **Die fettgedruckten Zahlen bedeuten Originalarbeiten, die Kursivzahlen Mediquiz.**

C

D

E

F

G

H

I

N

O

P

Q

R

S

T

Buchbesprechungen

Verhandlungsberichte

Mediquiz

Fall 477 981

Morbus Hodgkin. – Die Abbildung zeigt eine klassische Sternbergsche Riesenzelle. Das Leiden nahm einen raschen Verlauf. Hypercalcämie bei Hodgkinscher Krankheit läßt auf Knochenbefall schließen, auch wenn die Herde röntgenologisch nicht darstellbar sind.

Fall 478 982

Extrapleurale Paraffinfüllung. – Als Residuen der durch die »Ölplombe« behandelten Tuberkulose finden sich randständige, verkalkte Schwielen und eine deutliche Hilusbeziehung. Resthöhlen konnten tomographisch nicht nachgewiesen werden. Die zusätzliche Phrenicusexhairese verursacht den Hochstand des linken Zwerchfells und die paradoxe Beweglichkeit beim »Schnupfversuch«.

Fall 479 1013

Psoriasis. – Die Art der Schuppung und der Verlauf der Erkrankung sprechen beide für Psoriasis. Derart große Schuppen und ihre Persistenz kommen bei einer Pityriasis rosea nicht vor, ebenso nicht bei einer Lues II. Bei der Lues ist die Schuppung randständig, außerdem bestehen dabei gewöhnlich Mundschleimhautveränderungen, im Gegensatz zur Psoriasis. Die Tinea ist stärker entzündet, mit peripherer Betonung; bei der Psoriasis lösen sich die Schuppen am Rande ab. Außerdem müßten sich bei der Tinea Pilze kulturell nachweisen lassen.

Fall 480 1014

Sinusbradykardie mit häufigen Knotenersatzschlägen. – Dieser Rhythmus ist auch »pseudoreziproker Rhythmus« oder »Ersatzrhythmusbigeminie« genannt worden. Die QRS-Komplexe fehlen oder zeigen eine aberrierende Form bei kurzen RP-Intervallen.

Fall 481 1045

Dyskeratosis follicularis Darier. – Schwere und Ausbreitung der Hautveränderungen bei diesem Patienten sind typisch für das Krankheitsbild. Die Ichthyosis vulgaris ist stärker schuppend und nicht erythematös. Das seborrhoische Ekzem befällt nicht Handflächen und Mundschleimhaut, und die Keratosis follicularis tritt gewöhnlich nur an den Streckseiten der Extremitäten auf. Histologisch findet man beim Morbus Darier eine typische benigne Dyskeratose. Die Erkrankung wird dominant vererbt, es gibt jedoch eine hohe Rate von Spontanmutationen.

Fall 482 1046

Lymphfollikuläre Hyperplasie. – Durch eine spätere Dünndarm-Untersuchung konnte eine Ausdehnung der Hyperplasie und Vermehrung der Lymphfollikel im Ileum von etwa 20 cm Länge nachgewiesen werden. Entzündliche Veränderungen fanden sich im übrigen Dick- und Dünndarm ebensowenig wie im hier gezeigten terminalen Ileum. Die Darmwand ist glatt, es fehlen die Unterminierungen der Schleimhaut wie bei der Colitis oder das Pflasterrelief des Morbus Crohn. Die Wand der Darmschlingen – abzuschätzen bei unmittelbar angrenzenden Darmabschnitten – ist nicht entzündlich oder ödematös verdickt. Eine Polypose im Dünndarm findet sich nur in 13% der diffusen Polyposen und zeigt wesentlich größere Füllungsdefekte. Der hier vorgestellte Fall ist der symptomlosen Form der lymphfollikulären Hyperplasie zuzurechnen, deren Ursache bisher unbekannt ist. Bei Kindern können die lymphatischen Reaktionen der letzten Ileumschlinge häufig das Bild einer Appendizitis vortäuschen.

Fall 483 1077

Alkoholische Fettleberzirrhose. – Entscheidend sind die periportale Bindegewebsvermehrung und Pseudolobulusbildung. Außerdem erkennt man Gallengangsproliferation und mononukleäre Zellinfiltration. Charakteristisch ist die Verfettung. In der Nähe einiger Leberzellkerne sieht man alkoholisches Hyalin (»Mallory bodies«).

Fall 484 1078

Paroxysmale Vorhoftachykardie. – Das Elektrokardiogramm zeigt paroxysmal auftretende Vorhoftachykardien mit einer Frequenz von 140/min. Die Tachykardien beginnen und enden mit einer Extrasystole, wahrscheinlich supraventrikulären Ursprungs. In den Phasen mit Sinusrhythmus sprechen eine verkürzte PQ-Zeit, ein verlängertes QRS-Intervall sowie eine Delta-Welle für ein Wolff-Parkinson-White-Syndrom, das in diesem Fall die rezidivierenden Vorhoftachykardien verursacht. Die relativ lange Zeitspanne zwischen Ende einer Tachykardie und dem Einsetzen des regelmäßigen Sinusrhythmus ist wahrscheinlich dadurch bedingt, daß die Sinusknotenautomatie durch die Tachykardie vorübergehend gehemmt wird.

Fall 485 1109

Lues II. – Ein pityriasis-rosea-artiges Exanthem, das nicht juckt und Handflächen und Fußsohlen mit befällt, ist geradezu charakteristisch für eine Lues II.

Fall 486 1110

Akromegalie. – Röntgenologisch ist die Akromegalie charakterisiert durch ungewöhnliches Wachstum von Knorpel, Knochen und Bindegewebe nach Abschluß des normalen enchondralen Wachstums. Wegen der großen Zahl an Gelenken sind die Veränderungen, besonders die Größenzunahme, an Händen und Füßen am deutlichsten. Die Gelenkräume sind verbreitert, der Nagelkranz an den Endphalangen ist schaufelförmig vergrößert. Das periostale Wachstum führt zur Verdickung der langen Knochen. Auffallend ist auch die Verbreiterung der Grundphalanxbasis. Die Vergrößerung des medialen Sesambeins am Metacarpo-Phalangeal-Gelenk I kann zum Abschätzen der Dauer der Erkrankung herangezogen werden (Sesamindex). Die Veränderungen sind so charakteristisch, daß sich differentialdiagnostische Erwägungen erübrigen.

Fall 487 1141

Postmastektomie-Angiosarkom – Unregelmäßige Kanäle sind von einem atypischen Endothel ausgekleidet, die Lumina enthalten eine seröse Flüssigkeit. Das Stroma zwischen den Kanälen ist ödematös. Man sieht bizarre Spindelzellen, die an das Endothel erinnern. Mitosen kommen vor, sind aber nicht sehr zahlreich.

Fall 488 1142

Phlebolithen in der Milz. – Wie im Bereich des Ligamentum latum im kleinen Becken können auch in der Milz verkalkte Thromben vorkommen. Wenn in erweiterten Gefäßen entstandene Thromben nicht vollständig aufgelöst werden, kommt es zur bindegewebigen Organisation und Verkalkung. Das typische Röntgenbild zeigt dann die konzentrisch verkalkten, etwa erbsgroßen Venensteine. Infarkte verkalken selten und haben eine keilförmige Gestalt. Ein Echinococcusbefall der Milz ist eine Rarität, schon gar ohne nachweisbaren Leberbefall. Die Verkalkung ist dabei mehr schollig bis traubenförmig. Isolierte Milztuberkulosen können gelegentlich verkalken, sind jedoch ebenfalls selten.

Fall 489 1173

Bromoderm. – Es handelt sich um subakut bis chronisch entzündliche Hautveränderungen, die andere Hautkrankheiten nachahmen, wie sie bei den Auswahlantworten aufgeführt sind. Die Patientin hatte seit mehreren Jahren ein bromhaltiges Beruhigungsmittel genommen. Nach Absetzen dieses Präparates bildeten sich die Hautveränderungen langsam wieder zurück.

Fall 490 1174

Hypothermie. – Das Vorhofflimmern, die durch Muskelzittern bedingte Unregelmäßigkeit der Grundlinie wie auch die Anhebung des J-Punktes weisen auf die Hypothermie hin. Es handelt sich um einen unterkühlten Patienten mit einer Rektaltemperatur von 27,2 °C.

Fall 491 1205

Zytomegalie. – Die Zellen eines Nierentubulus enthalten Kerneinschlußkörperchen.

Fall 492 1206

Turmschädel. – Form und Größe der Sella sowie die Strahlentransparenz und Knochenfeinstruktur der Schädelkalotte sind regelrecht. Auffallend sind die verkürzte frontale Schädelbasis, die ausgeprägten Impressiones gyrorum (digitatae) ausschließlich in der frontalen Kalotte und das Fehlen der Kranznaht bei gut erkennbarer Lambdanaht. Als Ursache für das Entstehen eines Turmschädels wird heute das Fehlen eines Wachstumsreizes aufgrund einer primären Entwicklungsstörung des Gehirns angesehen.

Fall 493 1237

Necrobiosis lipoidica. – Alle aufgezählten Dermatosen treten über den Schienbeinen auf. Die ersten drei zeigen jedoch weder Atrophie, Teleangiektasien noch gelbliche Farbe. Die Necrobiosis lipoidica kann der Manifestation eines Diabetes mellitus um Monate oder Jahre vorausgehen. Ihr liegt offenbar eine diabetische periphere Angiopathie zugrunde.

Fall 494 1238

Beginnende Perikarditis. – Die generalisierten negativen T-Wellen mit isoelektrischen ST-Segmenten sprechen am ehesten für eine subakute oder beginnende Perikarditis. Für die Diagnose einer Linkshypertrophie fehlen die entsprechenden Kriterien für die QRS-Amplituden, und gegen einen Digitaliseffekt sprechen die ST-T-Abschnitte, die nicht in typischer Weise schüsselförmig gesenkt sind. Auch ein Myokardinfarkt ist nicht anzunehmen, da lokalisierte Veränderungen wie auch pathologische Q-Zacken, die eine Nekrose anzeigen, fehlen.

Fall 495 1269

Zytomegalie. – Einige der Gangepithelien sind geschwollen und enthalten große, purpurfarbene Virus-Einschlußkörperchen im Zytoplasma. Ähnliche Einschlüsse fanden sich in Leber- und Nierentubulus-Epithelien.

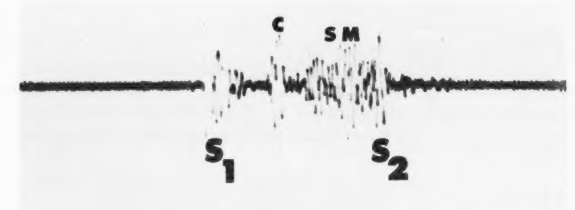
Fall 496 1270

Chronische venöse Stauungsossifikation. – Diese relativ wenig bekannte Begleiterkrankung der chronischen venösen Insuffizienz wird heute, seitdem man öfter danach sucht, recht häufig gefunden. Es handelt sich um subkutanes, im Fettgewebe neu gebildetes Knochengewebe. Haut und Muskulatur werden niemals in die Calcifikation einbezogen. Histologisch findet man reife Spongiosa mit Osteoplasten. Bei der Lupenbetrachtung der Verkalkungen sieht man die typische netzige Struktur, ein aufgehelltes Zentrum und verdichtete Randpartien. Stauungsossifikationen treten vorwiegend bei Frauen in der Menopause auf, so daß eine hormonelle Komponente erwogen wird.
Periostosen zeigen lamelläre Periostverkalkungen, Venensklerosen bandförmige Verkalkungen im Verlauf der größeren Venen und sind daher auszuschließen.

Fall 497 1301

Metastasierendes Melanom. – Die Vorgeschichte einer primären, pigmentierten Läsion an einer Extremität, gefolgt von nodulären, blau-roten Knoten proximal des Primärtumors, ist charakteristisch für ein Melanom. Kaposis hämorrhagisches Sarkom wäre klinisch schwierig auszuschließen, eine Probeexzision brächte jedoch Sicherheit. Ein Lymphom ist unwahrscheinlich, weil der Patient keine generalisierten Lymphknotenschwellungen, Splenomegalie oder andere Auffälligkeiten zeigte. Das Lymphangiosarkom nach Stewart und Treves tritt auf chronischen Lymphödemen nach Mastektomie auf.

Fall 498 1302



Mitralklappenprolaps mit spätsystolischer Mitralklappeninsuffizienz. – Der deutlich vom ersten Herzton abgesetzte systolische Klick (C) mit folgendem spätsystolischen Geräusch (SM) über der Herzspitze ist im allgemeinen durch eine abnorme Dehnbarkeit eines Mitralsegels (gewöhnlich des hinteren Segels) bedingt, welches in der zweiten Systolenhälfte in den linken Vorhof prolabiert. Erkrankungen der Papillarmuskeln, der Chordae tendineae sowie ein abnormer Kontraktionsablauf im linken Ventrikel können alle die Ursache für eine solche Mitralinsuffizienz in der späten Systole sein.

Fall 499 1333

Pneumocystis-carinii-Pneumonie. – Das nach Grocott gefärbte Präparat enthält bei Betrachtung mit der Ölimmersion charakteristische lanzettförmige Organismen mit einer blassen Außenkapsel. Die Diagnosestellung ist wichtig, da ein möglicherweise letaler Ausgang chemotherapeutisch abgewendet werden kann.

Fall 500 1334

Lungenfibrose mit sekundärem Cor pulmonale. – Die ungewöhnlich stark ausgeprägte interstitielle Zeichnungsvermehrung als Ausdruck einer Lungenfibrose ließ bei dem jungen Mann den Verdacht auf einen Morbus Boeck III (Stadium der Fibrose) aufkommen. Dieser Verdacht wurde nach einer Lungenbiopsie aus dem rechten Ober- und Unterlappen histologisch bestätigt. Hiluslymphome wurden mittels Durchleuchtung und Tomographie ausgeschlossen. Gegen ein Shunt-Vitium sprachen das Fehlen pulmonaler Gefäßfülle und regelrechte Hiluspulsationen. Eine valvuläre oder supravalvuläre Pulmonalstenose wurde echokardiographisch ausgeschlossen; phonokardiographisch war ein systolisches Herzgeräusch nicht nachweisbar. Die Lungenfunktion betrug noch ein Viertel der Norm.

Fall 501 1365

Prämaligne Melanose (Dubreuilh). – Alter, Lokalisation, langsames Wachstum, unregelmäßige Begrenzung und unterschiedliche Schattierungen von braun und schwarz sind charakteristisch. Seborrhoische Warzen sind regelmäßiger und schärfer begrenzt, Basaliome können stark pigmentiert sein, haben aber im allgemeinen einen perlschnurartigen Rand oder sind zentral exulzeriert, bevor sie diese Größe erreichen. Ein invasives Melanom ist in diesem Fall weniger wahrscheinlich, es fehlen nämlich Knoten, Erosion, depigmentierte Bezirke und Pigmentstörungen oder Satelliten in der Umgebung der Läsion.

Fall 502 1366

Rechtslage des Aortenbogens. – Durchleuchtung und Tomographie des Hilus konnten keine Lymphome nachweisen. Eine Barium-Gabe zur Darstellung des Ösophagus zeigte die typische pulsierende Impression durch den Aortenbogen auf der rechten Seite. Die Trachea liegt links vom Aortenbogen. Die Aorta thoracica deszendiert rechts. Der linke Hilus erscheint nur durch das Fehlen der Aortenbogenüberlagerung zu prominent. Dieser Eindruck wird scheinbar verstärkt durch die zufällig exakte Projektion der Arteria pulmonalis sinistra zwischen die sechste und siebte dorsale Rippe.

Fall 503 1407

Amyloidose. – Die Nieren wogen 350 und 400 g und wiesen generalisierte Amyloid- sowie deutliche Lipidablagerungen in den Hauptstücken auf. Das linke Drittel der dargestellten Niere wurde mit Jodlösung und Schwefelsäure behandelt; die schwarzen Flecken in der Rinde und die Streifen im Mark zeigen die Lokalisation des Amyloids an.

Fall 504 1408

Nicht übergeleitete Vorhof-Extrasystolen. – Bei später registrierten Elektrokardiogrammen waren die Vorhof-Extrasystolen noch deutlicher von den QRS-Komplexen getrennt.

Fall 505 1441

Artefakt. – Zunächst bestritt die Frau jede Kenntnis von der Ursache der Ulzerationen. Nach mehrfacher Befragung gab sie jedoch zu, ihre Kopfhaut mit einer Nadel zerstochen zu haben. Die winklige Begrenzung und der nicht purulente Wundgrund legten die Diagnose klinisch nahe. Nordamerikanische Blastomykose und Basaliom hätten infiltrierte Ränder, und der FTA-Test wäre beim Gumma positiv. Selbstverständlich wären auch alle Differentialdiagnosen durch eine Biopsie auszuschließen.

Fall 506 1442

Faustgroße Hiatushernie. – Eine Bariumpassage von Magen und Duodenum ließ erkennen, daß zwei Drittel des Magens oberhalb, Antrum und Pylorus unterhalb des Zwerchfells gelegen waren. Ein Ulkus oder Tumor konnte weder röntgenologisch noch gastroskopisch gefunden werden, doch ist bekannt, daß Hernien zu profusen Sickerblutungen führen können. Im postero-anterioren Bild des Thorax hatten sich die mediastinal gelegenen Magenanteile vollständig hinter dem Herzen verborgen, so daß ausschließlich die Aufnahme im seitlichen Strahlengang zur Diagnose führte.

Fall 507 1493

Hamartom der Lunge. – Der scharf begrenzte Herd besteht zum größten Teil aus Knorpel, ist lobuliert und septiert.

Fall 508 1494

Echinococcus alveolaris. – Der recht seltene, vorwiegend in Süddeutschland vorkommende Echinococcus alveolaris führt zur derbknotigen Umwandlung der Leber, die makroskopisch leicht mit einem Leberkarzinom verwechselt werden kann. Der Nachweis von fleckigen oder netz- bis traubenförmigen Verkalkungen ist sehr verdächtig auf einen Echinococcus alveolaris, jedoch nicht pathognomonisch. Hier führten klinisches Bild, Anamnese und klinisch-chemische Befunde zur Diagnose, die bioptisch bestätigt wurde.

Fall 509 1533

Impetigo. – Die oberflächliche Blasenbildung ist charakteristisch. Frühzeitig sollte systemisch mit Antibiotika behandelt werden, besonders bei ausgedehntem Befund. Gelegentlich kann sich eine akute Glomerulonephritis entwickeln.

Fall 510 1534

Verkalkter Plexus chorioideus. – Plexusverkalkungen finden sich bei jungen Patienten meist nach spezifischer Entzündung, oft nach Toxoplasmose-Infektion. Die feinscholligen Verkalkungen liegen im allgemeinen okzipital des Corpus pineale, das hier ebenfalls durch zarte Kalkeinlagerungen markiert ist. Im sagittalen Strahlengang projizieren sich die Plexusverkalkungen beiderseits über der Orbitamitte in das Os frontale.

Fall 511 1573

Nephroblastom. – Man sieht Epithelien in tubulärer Formation, die sich differenzierendes Nierengewebe imitieren. Die Tubuli zeigen dabei verschiedene Entwicklungsstadien. Einige besitzen unreifen und unvollständigen Glomerula ähnliche, ins Lumen gerichtete Einstülpungen.

Fall 512 1574

Marmorknochenkrankheit (Albers-Schönberg). – Es handelt sich um eine bisher klinisch stumm verlaufene Marmorknochenkrankheit, bei der eine generalisierte Störung der Osteoklastenfunktion vorliegt. Bei den schweren Formen kann klinisch eine Neigung zu Spontanfrakturen, eine normo- oder hypochrome Anämie, eine thrombopenische Blutungsneigung sowie eine Neigung zu Osteomyelitiden im Vordergrund stehen. Röntgenologisch findet sich bei Vollbildern eine nahezu homogene Verdichtung des gesamten Skeletts. Der Prozeß beginnt meist in der Metaphyse und schreitet schubweise zur Diaphysenmitte fort. Bei früher Erkennung und Beginn in relativ fortgeschrittenem Lebensalter oder milden Verlaufsformen entsteht dadurch eine Dreischichtung der Wirbelkörper. Eine Therapie ist nicht bekannt. Rein ossäre, asymptomatische Formen sind ohne Krankheitswert.

Fall 513 1619

Onycholyse bei Hyperthyreose. – Die negativen Pilzuntersuchungen schlossen sowohl Onychomykose als auch Candida-Infektion aus. Das Fehlen von Schmerzen, von Hautveränderungen an den Fingerspitzen und der typischen Vorgeschichte schloß einen Morbus Raynaud aus. Die Diagnose wurde bestätigt durch klinisch-chemische Untersuchungen auf Hyperthyreose.

Fall 514 1620

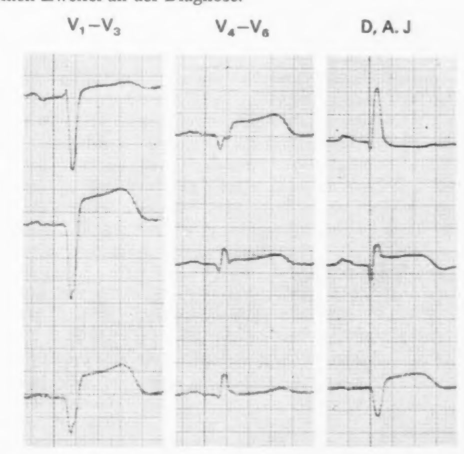
Parasitose. – In der Dünndarmschlinge am linken unteren Bildrand stellt sich ein etwa 20 cm langer Ascaris lumbricoides dar.

Fall 515 1653

Idiopathische Thrombozytose. – Im Sternalpunktat und in der Bekkenkammbiopsie fand sich eine auffallende megakaryozytäre Hyperplasie mit peripherer Thrombozytose (1200×10^9/l).

Fall 516 1654

Frischer Vorderwandinfarkt mit Hinderwandschwiele. – In den Ableitungen I und aVL fallen leicht konvexbogig verlaufende ST-Hebungen als Zeichen eines frischen Herzvorderwandinfarktes auf. Die hier abgebildeten Wilson-Ableitungen und Nebh A und J lassen durch monophasische ST-Hebung und R-Verlust in V_1 bis V_4 sowie J keinen Zweifel an der Diagnose.



Q_{III} (Pardee-Q, Breite 0,04 s), Q_{II} und Q_{aVF} weisen auf einen älteren Herzhinterwandinfarkt hin. Q_{III} blieb unbeeinflußt bei tiefer Inspiration. (Der aufmerksame Betrachter könnte die Kammeranfangsgruppe in III auch als (r) Sr'-Typ ansprechen. Dieses Bild ist beim alten Hinterwandinfarkt bzw. bei einer Hinterwandschwiele nicht selten.) Die Patientin war bereits vor einem Jahr wegen eines frischen Herzhinterwandinfarktes in der Klinik.

Fall 517 1707

Lichen plano-pilaris. – Es handelt sich um einen follikulären Typ des Lichen planus mit Narbenbildung auf dem Kopf. Örtliche Vitamin-A-Säure-Anwendung beseitigte Schuppen und Beschwerden, die Alopezie blieb jedoch bestehen.

Fall 518 1708

Mykose. – Auf der Schichtaufnahme stellt sich noch deutlicher ein großes Aspergillom in einer alten Kaverne dar, das von einer Luftzone umgeben ist.

Fall 519 1745

Diffuse Lungenfibrose (Hamman-Rich). – Die Alveolarsepten sind durch die Proliferation von Fibroblasten und Fibrozyten zusammen mit einem leichten, unspezifischen, interstitiellen entzündlichen Infiltrat aus einzelnen Lymphozyten, großen mononukleären Zellen und Plasmazellen erheblich verbreitert. Dieses histologische Bild hat neuerdings zur deskriptiven Bezeichnung »fibrosierende« oder »sklerosierende« Alveolitis geführt.

Fall 520 1746

Kompletter Entrance-Block und partieller Exit-Block. – Die mit einer Frequenz unter 40/min erkennbaren Schrittmacheraktionen bleiben größtenteils wegen Batterie-Erschöpfung unwirksam. Der erste Schrittmacherimpuls fällt in die absolute Refraktärphase, er kann somit nicht übergeleitet werden. Der frühe Einfall nach einer Eigenaktion demonstriert den »Sensing«-Defekt (Entrance-Block). Der zweite Schrittmacherimpuls hätte bei ausreichender Batterieladung zu einer Depolarisation führen müssen (Exit-Block). In einem längeren Streifen lösen nur diejenigen Schrittmacherimpulse (zum Beispiel Impuls Nr. 3) Aktionen aus, die mit der »übernormalen« Phase der Erregbarkeit am Ende der T-Welle zusammenfallen. (In dieser Phase ist die Myokarderregbarkeit gesteigert.)

Fall 521 1793

Metastasierendes Bronchialkarzinom. – Von den meisten malignen Tumoren können Hautmetastasen ausgehen (3–4%). Die häufigsten Lokalisationen der Primärtumoren sind dabei Brust, Magen, Lunge, Uterus, Dickdarm, Niere, Prostata, Ovar, Leber und Knochen. Karzinomatöse Absiedlungen in der Dermis neigen zu weiterer lymphogener Aussaat.

Fall 522 1794

Osteochondrosis dissecans. – Der typische Röntgenbefund einer Osteochondrosis dissecans (auch Osteochondritis dissecans genannt) läßt das Mausbett und die Gelenkmaus erkennen. Die nekrotischen Knochenfragmente können aus dem Mausbett luxieren und sich im Gelenk verklemmen. Damit entstehen freie Gelenkkörper. Im Röntgenbild ist dann im Bereich der Osteochondrosis dissecans nur noch das charakteristische leere Mausbett zu erkennen. Am häufigsten befallen ist das Kniegelenk und dort der tibiale Femurcondylus. Seltener sind Hüftgelenk, oberes Sprunggelenk und das Ellenbogengelenk betroffen.

Fall 523 1829

Chronisch-lymphatische Leukämie. – Der Knochenmarkausstrich zeigt ein monotones Bild mit kleinen, reifzelligen Lymphozyten sowie vereinzelt Myelozyten und Normoblasten. Im peripheren Blutausstrich fanden sich eine Lymphozytose von 90 Rel. % sowie reichlich Gumprechtsche Kernschatten.

Fall 524 1830

Subarachnoidalblutung. – Angiographisch wurde eine Blutung aus einem Aneurysma im Bereich des Ramus communicans anterior vermutet und postmortal pathologisch-anatomisch gesichert. Die Kaliumwerte im Serum lagen um 5 mmol/l. Klinisch und makroskopisch fand sich kein Anhalt für eine Lungenembolie. In zuvor abgeleiteten Elektrokardiogrammen fanden sich lediglich die Zeichen einer linksventrikulären Hypertrophie. In den Brustwandableitungen sind breit negative Wellen im Kammerendteil zu erkennen, die wahrscheinlich als TU-Verschmelzungswellen aufzufassen sind. Sie kommen bei diesem Krankheitsbild (auch bei Hirnmassenblutungen) vor. Ihre Entstehung ist nicht befriedigend geklärt.

Fall 525 1867

Morbus Darier. – Diese autosomal dominant vererbte Erkrankung ist charakterisiert durch hyperkeratotische, gelb-braune bis hautfarbene, schmierige Papeln, die häufig zu Plaques zusammenfließen. Fissuren mit Sekundärinfektionen sind nicht ungewöhnlich. Prädilektionsstellen sind die Beugeseiten des Körpers sowie die sogenannten seborrhoischen Bezirke des Körpers (vordere und hintere Schweißrinne, Achseln und Leisten).

Fall 526 1868

Knochenhämangiom. – Das typische Röntgenzeichen der Erkrankung, die am häufigsten die Region der Lenden- und Brustwirbelsäule befällt, ist die netzig-lockere, grobsträhnig-trabekuläre Strukturzeichnung. Geringer als beim Morbus Paget kommt es auch zu einer »aufgebläht« erscheinenden Volumenzunahme des Knochenabschnittes. Hierdurch können Beschwerden ausgelöst werden. Da Hämangiome jedoch meist keine Beschwerden verursachen, werden sie häufig als röntgenologische Zufallsbefunde entdeckt.

Fall 527 1899

Kryptokokkenmeningitis. – Die Kryptokokken treten als ovoide, durchscheinende Körperchen perivaskulär inmitten eines mäßig starken, histiozyten- und leukozytenhaltigen Exsudates auf. Sie folgen in ihrer Ausbreitung den Leptomeningen, die die ins Gehirn eintretenden Blutgefäße umgeben. Selten, wenn überhaupt, dringen sie direkt ins Hirnparenchym ein.

Fall 528 1900

Kein krankhafter Befund. – Die körperliche Untersuchung ergab außer einer Adipositas keine Besonderheiten. Der Patient war bis zu 225 Watt ohne Zeichen einer kardialen Leistungseinschränkung belastbar. Die im oberen Elektrokardiogramm (a) in V_1–V_5 und J erkennbaren präterminal negativen T-Wellen wurden deutlich positiv 20 und 40 Minuten nach intravenöser Applikation einer Ampulle (0,5 mg) Gynergen®, wie das untere Elektrokardiogramm (b) zeigt. Die gleiche Normalisierung war eine Stunde und zwei Stunden nach oraler Kaliumbelastung und bei der genannten Belastungsstufe sowie 1, 2 und 5 Minuten nach Belastung zu beobachten. Wir schließen daraus, daß ein krankhafter kardialer Befund mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht vorliegt. Überdrehter Linkstyp (bei Adipositas) als Hinweis auf einen linksanterioren Hemiblock und inkompletter Rechtsschenkelblock (in V_1 RSr'-Typ) lassen bestenfalls den Verdacht auf eine früher abgelaufene Myokarditis zu.

Namenverzeichnis[1]

[1] **Die fettgedruckten Zahlen bedeuten Originalarbeiten, die mit * versehenen Buchbesprechungen.**

Personalnachrichten

Ernennungen, Berufungen Lehraufträge

Ehrenmitglieder, Korrespondierende Mitglieder, Gesellschaften, Auszeichnungen

Grosse-Brockhoff, F. 1532
Grundmann, E. 1012
Guillemin, R. 1572
Gulotta, F. 1744
Habeck, D. 1044
Hämmerle, M. 1866
Hellriegel, K. P. 1792
Herken, H. 1044
Hess, W. 1300
Hippius, H. 1044
Hoffmeister, H.-E. 1364
Holle, F. 1652
Hollwich, F. 1866
Holtmeier, H.-J. 1792
Hopf, U. 1792
Hornbostel, H. 1406
Hundeshagen, H. 1108
Hungerland, H. 1930
Ishibashi, Ch. 1792
Jaeger, W. 1204
Jensen, H.-P. 1440
Jung, E. 1140
Jung, E. G. 1108
Kärcher, K. H. 1140
Kaiser, H. 1108
Karbowski, K. 1706
Keidel, W. D. 1572
Kettler, D. 1364
Killian, H. 1618
Kjellstrand, P. T. T. 1572
Klaus, W. 1140
Koller, F. 1792
Krayenbühl, H. 1898
Kremer, K. 1044
Krumhaar, D. 1744
Küchle, H.-J. 1300
Kunst, M. W. 1898
Kupfer, D. J. 1618
Lasch, H.-G. 1108
Lassner, J. 1172
Lesky, Erna 1108
Linder, F. 1930
Lüst, R. 1076
Mallach, H.-J. 1364
Mann, G. 1012
Matthys, H. 1044
Mauermayer, W. 1532
Mayer, J. B. 1792
Mishra, S. K. 1744
Mittermayer, Chr. 1792
Morscher, E. 1828
Müller-Wiefel, H. 1572
Nasemann, Th. 1618
Niemeyer, G. 1866
Newesely, H. 1652
Oberdisse, K. 1866
Ostendorf, P. 1792
Petrides, P. 1744
Pfeiffer, E. F. 1076
Popper, H. 1572
Preuner, R. 1866
Psenner, L. 1140
Putscher, Marielene 1012
Ratzenhofer, M. 1866
Reich, R. 1898
Reidemeister, J. Ch. 1332
Richet, G. 1572
Rickham, P. 1204
Ringleb, D. 1108
van Rood, J. J. 1792
Roth, M. 1618
Rumberg, B. 1898
Runge, W. 1898
Sandritter, W. 1044
Schaadt, M. 1792
Schaefer, H. 1172
Schally, A. V. 1572
Scharf, J.-H. 1792
Schmidt, F. 1364
Schmuth, G. 1440
Schmutzer, E. 1792
Schriefers, H. 1332
Schulz, V. 1618, 1744
Schwerd, W. 1930
Scollo-Lavizzari, G. 1828
Semm, K. 1204, 1532, 1898
Stämpfli, R. 1364
Staib, F. 1744, 1898
Starck, D. 1866
Staudinger, H.-J. 1828
Steigleder, G. K. 1012
Steffen, J. 1744
Sulser, F. 1618
Teller, W. 1898
Themann, H. 1744
Tönnesmann, E. 1618
Tronnier, H. 1108
Vahlquist 1572
Voigt, R. 1744
Vosteen, K.-H. 1012
Werner, O. 1140
Wiesmann, U. 1866
Wideröe, R. 1440
Wittmann, H.-G. 1792
Wohlfarth-Bottermann, E. 1792
Wolf-Heidegger, G. 1572
Yalow, R. 1572
Zähringer, J. 1866
Ziedses des Plantes, B. G. 1076

Habilitationen, Umhabilitationen Dozenturen

van Ackeren, K. 1652
Agarwal, D. P. 1792
Allner, R. 1930
Angelkort, B. 1140
Atzpodien, W. 1332
Aubert, M. 1172
Ballant, L. 1172
Bartels, O. 1572
Barth, V. 1706
Barthels, Monika 1866
Bauer, H. 1652
Berndt, V. 1268
Bernhardt, F.-H. 1044
Birnberger, K. L. 1204
Bodemann, H. H. 1140
Böcker, W. 1140
Böhm, E. 1440
Bornkamm, W.-G. 1572
Bosshard, H. R. 1140
Brandesky, G. 1140
Brodt, W. 1140
Brunswig, D. 1012
Bumm, P. 1572
Bundschu, H.-D. 1440
Burckhardt, H. 1140
Busse, H. 1268
Busse, R. 1572
Buttermann, G. 1204
Castell, R. 1652
Clar, H.-E. 1364
Daschner, F. 1300
Deisenhammer, E. 1492
Dietz, V. 1044
Dinnendahl, V. 1108
Döhring, W. 1866
Dostal, G. 1332
Dreyer, F. 1044
Droschl, H. 1140
Druschky, K.-F. 1572
Egli, F. 1618
Eichen, R. 1204
Eisenmenger, W. 1652
Engel, H.-J. 1866
Engert, J. 1652
Fasol, P. 1204
Fegeler, K. J. 1440
Feldkamp, Margret 1268
Feldmann, U. 1866
Fleischmann, D. W. 1140
Frösner, G. 1866
Girndt, G. 1172
Gorgas, Karin 1140
Gottschalk, Ellen-Marie 1172
Gratzl, M. 1044
Greger, R. 1744
Grimm, Hannelore 1532
Grögler, F. 1866
Grüntzig, A. R. 1828
Gülch, R. 1440
Gürich, H.-G. 1652
Hanrath, P. 1406
Harriss, Eileen, B. 1332
Hartmann, A. 1532
Heinemann, M. 1440
Heinrich, F. 1532
Heiss, W.-D. 1492
Hettich, R. 1236
Heuser, D. 1440
Hirth, L. 1140
Höhn, P. 1332
Hörz, W. 1652
Hoferichter, J. 1572
Hoffmann, S. O. 1044
Holzt, M. 1172
Hottenrott, Ch. 1532
Howanietz, L. 1076
Jaedicke, W. 1044
Janson, Ingrid 1652
Jehn, U. 1866
Jennissen, H. 1268
Jonas, U. 1332
Jung, K. 1440
Jungfer, H. 1532
van Kaick, G. 1532
Karpf, P. M. 1744
Kaufmann, M. 1172
Keller, H. 1828
Klepp, G. 1140
Knoblauch, M. 1828
Koczorek, K. 1140
König, W. 1332
Köttgen, E. 1044
Konietzko, N. 1332
Kratz, F. 1652
Krieglsteiner, P. 1204
Kruse, H.-P. 1792
Küchler, E. 1204
Kuhlmann, W.-D. 1532
Kutscha-Lissberg, E. 1492
Lampert, F. 1172
Landauer, B. 1076
Lang, F. 1744
Langer, St. 1440
Lehmann, F. 1140
Leven, B. 1268
Liersch, M. 1532
Linke, D. B. 1044
Löffler, A. 1044
Lohbeck, H. 1406
Ludwig, P. K. 1572
Lücking, Th. 1744
Maass, B. 1744
Mariß, P. 1866
Matthieu, J.-M. 1828
du Mesnil de Rochemont, W. 1268
Metze, H. 1012
Mickan, H. 1652
Mies, R. 1140
Möller, M. 1744
Morgenstern, J. 1744
Morr, H. 1268
Moser, F. 1204
Muck, B. R. 1572
Nars, P. 1618
Neiß, A. 1204
Nguyen-Duong, H. 1076
Niethammer, D. 1332
Oehmichen, M. 1440
Ogris, E. 1492
Olivari, N. 1268
Ott, N. 1332
Pesendorfer, F. 1268
Peters, D. 1172
Pillau, H. 1652
Pust, R. 1652
von Rad, M. 1532
Rager, K. 1236
Rahlf, G. 1172
Raithel, D. 1572
Regolati, B. 1828
Reil, B. 1744
Reiner, J. 1744
Reinhold, E. 1268
Reuther, J. 1108
Reznik, G. 1172
Reznik-Schüller, Hildegard 1866
Richrath, W. 1140
Richter, R. 1332
Rieger, Ch. 1866
Ring, J. 1140
Rödiger, W. 1140
Röttinger, E. M. 1140
Rüden, H. 1044
Rumpf, K.-D. 1866
Rumpf, P. 1744
Saletu, B. 1268
Sander, C. 1044
Sarvestani, M. 1108
Schäfer, H. 1140
Schaumann, J. 1140
Schmid, E. 1140
Schmidseder, R. 1108
Schmidt, K. 1706
Schnappauf, H. 1140
Schott, H. 1012
Schrott, K. M. 1572
Schüßler, Helga 1572
Schultz-Coulon, H.-J. 1108
Schumacher, G. 1532
Schwab, D. 1744
Schwarze, G. 1744
Sehhati-Chafai, G. 1108
Seibel, K. 1744
Seitz, H.-J. 1406
Sethi, K. K. 1440
Seydoux, Josiane 1172
Siekmann, L. 1140
Singer, H. 1572
Sluga, W. 1492
Spengler, G. A. 1828
Standl, E. 1140

Entpflichtungen, Rücktritte

Geburtstage

Todesfälle

